

تأثیر بحث گروهی مراقبت محور بر روی فرسودگی مراقبین از بیماران تحت همودیالیز

مهدی ترابی^۱، معصومه همتی مسلک پاک^{۲*}، مولود رادفر^۳، وحید علی نژاد^۴

تاریخ دریافت ۱۳۹۵/۱۲/۲۴ تاریخ پذیرش ۱۳۹۶/۰۲/۲۴

چکیده

پیش‌زمینه و هدف: با توجه به پیشرفت بیماری‌های مزمن از جمله نارسایی مزمن کلیه و پیدایش مشکلات جسمی و روانی که برای آن‌ها در طی دوره‌ی بیماری و فرآیند درمان پیش می‌آید، نیاز به یک فرد برای مراقبت از این بیماران وجود دارد. فرد مراقب که معمولاً از اعضای خانواده بیمار می‌باشد در روند مراقبت ممکن است با مشکلات زیادی روبه‌رو شده که در نهایت موجب فرسودگی در آن‌ها می‌شود. این مطالعه باهدف تعیین تأثیر بحث گروهی مراقبت محور بر فرسودگی مراقبین از بیماران تحت همودیالیز طراحی و اجرا شد.

مواد و روش کار: مطالعه‌ی حاضر یک کارآزمایی بالینی با روش نمونه‌گیری تصادفی بوده که بر روی ۷۰ نفر از مراقبین بیماران تحت همودیالیز مراجعه‌کننده به مراکز آموزشی درمانی ارومیه در سال ۱۳۹۴ اجرا شد. ابزار گردآوری داده‌ها شامل پرسشنامه جمعیت شناختی و پرسشنامه فرسودگی مراقبین زاریت بود که در ابتدا به‌صورت پیش‌آزمون توسط نمونه‌ها تکمیل شد. سپس نمونه‌ها به‌طور تصادفی در دو گروه بحث گروهی و گروه کنترل قرار گرفتند. ۲ هفته پس از اتمام برگزاری ۶ جلسه بحث گروهی، پرسشنامه فرسودگی مراقبین زاریت مجدداً تکمیل و داده‌ها توسط نرم‌افزار آماری SPSS و به کمک آزمون‌های تی مستقل و من ویتنی مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند.

یافته‌ها: نتایج این مطالعه بیانگر آن بود بین دو گروه بحث گروهی و گروه کنترل از نظر میانگین نمرات فرسودگی و ابعاد آن قبل از مداخله هیچ تفاوت آماری معنی‌داری وجود نداشت ($P > 0/05$)؛ اما پس از اجرای مداخله از نظر میانگین نمرات فرسودگی و ابعاد آن تفاوت آماری معنی‌داری بین دو گروه مداخله و گروه کنترل مشاهده شد ($P < 0/05$).

بحث و نتیجه‌گیری: با توجه به نتایج مطالعه‌ی حاضر می‌توان چنین دریافت که برگزاری کلاس‌های آموزشی به روش بحث گروهی کاهش معنی‌داری در شدت فرسودگی مراقبین داشته است. لذا پیشنهاد می‌شود در برنامه‌ریزی‌های سیستم درمانی به نقش اعضای خانواده در درمان این بیماران توجه شده و از این روش آموزشی نیز بهره‌گیری کنند.

کلیدواژه‌ها: بحث گروهی، فرسودگی مراقبین، همودیالیز

مجله دانشکده پرستاری و مامایی ارومیه، دوره پانزدهم، شماره سوم، پی‌درپی ۹۲، خرداد ۱۳۹۶، ص ۱۹۸-۱۸۷

آدرس مکاتبه: ارومیه، کیلومتر ۱۱ جاده سرو، پردیس نازلو، دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی ارومیه، تلفن: ۰۴۴-۳۲۷۵۴۹۱۶

Email: hemmatma@yahoo.com

این مقاله برگرفته از پایان‌نامه کارشناسی ارشد است.

مقدمه

قابل توجهی در کشورهای درحال توسعه دارد (۴). طبق آمار، تعداد این بیماران در جهان حدود ۱/۹ میلیون نفر برآورد می‌شود که از این تعداد ۱،۴۵۵،۰۰۰ نفر تحت درمان همودیالیز قرار دارند (۵). با توجه به گزارش مرکز تحقیقات برای بیماران کلیوی در ایران در

یک رویداد قابل توجه و تأمل‌برانگیز که جوامع انسانی و کارکنان بهداشتی در قرن ۲۱ با آن مواجه شده‌اند، شیوع بالای بیماری‌های مزمن از جمله بیماری مرحله‌ی آخر کلیوی^۵ می‌باشد (۱-۳) که رشد

^۱ دانشجوی کارشناسی ارشد، پرستاری داخلی جراحی، دانشگاه علوم پزشکی ارومیه، ارومیه، ایران

^۲ دانشیار پرستاری، مرکز تحقیقات چاقی مادر و کودک دانشگاه علوم پزشکی ارومیه، ارومیه، ایران (نویسنده مسئول)

^۳ استادیار پرستاری، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی ارومیه، ارومیه، ایران

^۴ دانشجوی دکتری آمار حیاتی، دانشگاه تربیت مدرس، تهران، ایران

^۵ End Stage Renal Disease (ESRD)

سال ۲۰۰۷، حدود ۲۹ هزار نفر دچار نارسایی مزمن کلیوی بوده‌اند، درحالی‌که تعداد آن‌ها نسبت به گذشته با شدت بیشتری در حال افزایش می‌باشد (۶، ۷). پیش‌بینی می‌شود طی دهه‌ی آینده تعداد این بیماران به دو برابر افزایش یابد (۸). طبق آمارهای وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی در حال حاضر حدود ۲۲۹۹ بیمار مبتلا به نارسایی کلیه در استان آذربایجان غربی وجود دارد (۹).

این بیماران با مشکلاتی از جمله حوادث قلبی - عروقی، بستری شدن در بیمارستان و همچنین خطر مرگ قریب‌الوقوع روبه‌رو هستند (۱۰). میزان مرگ‌ومیر سالانه بیماران تحت همودیالیز، ۱۵ درصد است که ۱۰-۱۵ برابر بیشتر از جمعیت عمومی است (۱۱)، (۱۲). بیماری مرحله آخر کلیوی را می‌توان با درمان‌های جایگزین مانند همودیالیز، دیالیز صفاقی و پیوند کلیه درمان کرد که غالب بر ۹۰/۶ درصد بیماران از هودیالیز استفاده می‌کنند (۱۳-۱۵). بسیاری از بیمارانی که تحت همودیالیز قرار می‌گیرند با توجه به اثرات زیان‌بار ESRD و عوارض ناشی از آن و همچنین زوال پیش‌رونده در سلامت جسمی و به دنبال آن محدودیت‌های عملکردی در برخی از فعالیت‌های روزمره زندگی، نیاز به افرادی دارند که از آن‌ها مراقبت کنند (۱۶-۱۸).

مراقبین، اشخاصی هستند که در طی یک دوره بیماری و درمان آن، بیشترین درگیری را در مراقبت از بیمار و کمک به آن‌ها به‌منظور سازگاری و اداره بیماری مزمن دارند (۱۹). مراقب می‌تواند همسر، دوست و یا هر یک از خویشاوندان وی باشد (۲۰). از نظر اقتصادی، تخمین زده می‌شود که ارائه مراقبت به بیماران بزرگ‌سال و ازکارافتاده توسط مراقبین در طول یک سال به مقدار ۱۹۶ بیلیون دلار ارزش دارد (۲۱).

خانواده در مبتلایان به نارسایی انتهایی کلیه، باید عملکردهای حمایتی و مراقبتی را برای بیمار تحت دیالیز چه در منزل و چه در مراکز سرپایی مثل بخش‌های دیالیز بیمارستان‌ها انجام دهد (۲۲)، که این امر موجب می‌شود تا به‌عنوان افراد در معرض خطر و بیماری، فشار زیادی را متحمل شوند (۲۳). مسئولیت سنگین مراقبت از بیمار در طولانی‌مدت، منجر به تغییر در سبک زندگی فرد شده و تأثیر منفی بر روی جنبه‌های عاطفی و اجتماعی مراقبت‌کنندگان می‌گذارد (۲۴، ۲۵) و علاوه بر استرس، اضطراب، ناکامی، افسردگی و کاهش اعتمادبه‌نفس سبب فرسودگی آنان نیز می‌شود (۲۶، ۲۷).

طبق تعریف انجمن روان‌پزشکی آمریکا، فرسودگی، مجموعه‌ای از علائم جسمی و روانی است که طی آن فرد، افسرده و ناراحت به نظر می‌رسد که بسته به فرهنگ‌های مختلف، نمودهای متفاوتی دارد و در ارتباط با تنش‌های زیست‌محیطی، بیماری‌ها و نگهداری از افراد خانواده می‌باشد (۲۸). زاریت، فرسودگی را به‌عنوان یک پاسخ چندبعدی به ارزیابی منفی و استرس درک شده ناشی از مراقبت از

یک فرد بیمار تعریف کرده است که می‌تواند سلامت جسمی، روانی، عاطفی و عملکردی افراد را تهدید کند (۲۹). این مسئله برای مراقبت‌کنندگان از بیماران تحت همودیالیز هم صدق می‌کند (۳۰). بسیاری از برنامه‌های مداخله‌ای برای حمایت از مراقبت‌کننده‌ها، کاهش جنبه‌های منفی و افزایش ابعاد مثبت در رابطه با اعمال مراقبتی توسعه‌یافته‌اند (۳۱). در سال‌های اخیر نیز، برنامه‌های روانی - آموزشی برای حمایت و آموزش خانواده‌ها طراحی شده‌اند (۳۲، ۳۳). مداخلاتی همچون آموزش، حمایت و روان‌درمانی می‌تواند در کاهش فرسودگی مراقبین مؤثر واقع شود و موجبات افزایش کیفیت ارائه‌ی مراقبت و همچنین سلامت جسمی و روانی مراقبین را فراهم کند (۳۴، ۳۵). از طرفی مراقبت‌کنندگان هم علاقه‌مند به آموزش و یادگیری هستند تا ضمن بهبود کیفیت زندگی خود و کاهش فرسودگی بتوانند کارایی بیشتری در ارائه‌ی مراقبت داشته باشند (۳۶، ۳۷). برنامه‌های آموزشی گروهی به‌طور گسترده‌ای به‌عنوان یک استراتژی ارزشمند برای ارائه حمایت و اطلاعات به مراقبین توصیه‌شده است (۲۰).

یکی از روش‌های فعال و نوین، روش بحث گروهی است که می‌توان از آن در امر آموزش یاری گرفت. این روش از مفیدترین و معتبرترین روش‌های آموزشی است و هدف آن دست‌یابی به توافق، نسبت به نتیجه‌گیری‌های کلی است (۳۸، ۳۹). بحث گروهی یکی از کارآمدترین روش‌های آموزشی است که با فراهم آوردن فرصت تفکر انتقادی به دنبال ترویج یادگیری فعال در افراد شرکت‌کننده است و افراد باید به‌طور فعال با بحث کردن و شرکت در فرآیند حل مسئله مشارکت داشته باشند که این موضوع موجب تسهیل در یادگیری آن‌ها می‌شود (۴۰).

با توجه به رشد روزافزون افراد مبتلا به نارسایی کلیه و نیاز آن‌ها به مراقبت در منزل که موجب پیدایش مشکلاتی از جمله فرسودگی در مراقبین می‌شود، پژوهشگران بر آن شدند تا مطالعه‌ای باهدف تعیین تأثیر روش آموزشی بحث گروهی مراقبت محور بر روی شدت فرسودگی مراقبین بیماران تحت همودیالیز مراجعه‌کننده به مراکز آموزشی درمانی شهرستان ارومیه در سال ۱۳۹۴ انجام دهند.

مواد و روش کار

پژوهش حاضر یک مطالعه کارآزمایی بالینی از نوع پیش‌آزمون، پس‌آزمون می‌باشد که برگرفته از پایان‌نامه کارشناسی ارشد ثبت‌شده در مرکز ثبت کارآزمایی‌های بالینی با کد IRCT2016062823779N2 می‌باشد که بر روی مراقبین بیماران تحت درمان با همودیالیز مراجعه‌کننده به مراکز آموزشی درمانی امام خمینی و آیت‌الله طالقانی شهر ارومیه انجام شده است. حجم نمونه در این مطالعه، بر اساس مطالعه فلاحی خوشکتاب و همکاران

تأیید شده است (۴۳). همچنین در پژوهش کوهستانی و باغچقی، رویی محتوای پرسشنامه تأیید شد و پایایی پرسشنامه با استفاده از روش آزمون مجدد (۰/۸۵) و ثبات درونی و آلفای کرونباخ (۰/۸۸) تأیید شد (۴۴).

پس از ملاقات با نمونه‌های پژوهش و توضیح در مورد هدف و چگونگی انجام این پژوهش نسبت به اخذ رضایت کتبی آگاهانه از این افراد مبادرت ورزیده و همچنین به ایشان خاطر نشان شد که کلیه اطلاعاتی که از آن‌ها گرفته می‌شود، محرمانه باقی مانده و نتایج حاصل از مطالعه بدون ذکر نام منتشر خواهد شد. همچنین به آن‌ها آگاهی داده شد که در هر مرحله از پژوهش، در صورت عدم تمایل به ادامه همکاری از ادامه شرکت در پژوهش صرف‌نظر نمایند. بعد از انجام پیش‌آزمون، افراد به صورت تخصیص تصادفی در دو گروه مداخله و کنترل هر گروه ۳۵ نفر قرار گرفتند. در گروه مداخله، یک دوره‌ی آموزشی با روش بحث گروهی برگزار شد. گروه کنترل نیز همان آموزش‌های روتین را دریافت می‌کردند، اما در انتها به پاس شرکت آن‌ها در پژوهش، بسته‌های آموزشی در اختیارشان قرار گرفت.

برای تسهیل در انجام کار و همچنین کارایی بیشتر کلاس‌ها، گروه مداخله خود به ۳ گروه کوچک تقسیم شد. تعداد جلسات بحث گروهی در هر گروه کوچک ۶ جلسه و مدت‌زمان هر جلسه ۲ ساعت تعیین شده و برگزار شد. به طوری که کلاً ۱۸ جلسه بحث گروهی با حضور یک روان پرستار در سالن اجتماعات مرکز آموزشی درمانی آیت‌الله طالقانی برگزار شد. محتوای جلسات بحث گروهی شامل بحث درباره بیماری مرحله آخر کلیوی، بهداشت شخصی، اصول مراقبت از خود، راه‌های افزایش اعتمادبه‌نفس، کاهش استرس، مدیریت زمان، ایفای نقش و تفویض وظایف، ارتقاء مهارت‌های مراقبتی و مهارت‌های ارتباطی با دوستان و فامیل بود. این موضوعات پس از نیازسنجی از افراد و همچنین پژوهش‌های قبلی انتخاب شده بودند. زمان برگزاری جلسات نیز با هماهنگی مراقبین بیماران تعیین شد، به گونه‌ای که هر هفته یک جلسه بحث گروهی برگزار شد. شیوه‌ی آرایش و ترتیب چیدن صندلی‌های محل جلسه، متناسب با روش آموزشی بود؛ به طوری که برای تسهیل تبادل نظر بین افراد شرکت‌کننده به صورت دایره‌وار بود. دو هفته پس از اتمام مداخلات، فرسودگی در هر دو گروه با اجرای پس‌آزمون سنجیده شد.

جهت دستیابی به نتایج پژوهش، داده‌های جمع‌آوری شده وارد برنامه SPSS شده و سپس با همین نرم‌افزار به کمک آزمون‌های

(۴۱)، ۵۸ نفر برآورد شد که با احتمال ریزش ۲۰٪، این تعداد به ۷۰ نفر افزایش یافت. پس از اخذ مجوز از کمیته اخلاق دانشگاه علوم پزشکی و معاونت محترم پژوهشی پژوهشگر با مراجعه به محیط پژوهش و بعد از هماهنگی با مسئولین ذی‌ربط، نمونه‌ای شامل ۷۰ نفر از مراقبین بیمار واجد شرایط مطالعه به صورت تصادفی که با استفاده از برنامه Excel و بر اساس چارچوب نمونه‌گیری از قبل تهیه شده که شامل ۴۰۰ نفر می‌شد (۳۵۰ نفر در بیمارستان طالقانی و ۵۰ نفر در بیمارستان امام خمینی)، و با توجه به معیارهای ورود به مطالعه انتخاب شدند. معیارهای ورود به مطالعه شامل: سن بین ۶۰-۱۸ سال، داشتن سواد خواندن و نوشتن، عدم ابتلا به بیماری‌های روانی و جسمی مزمن و همچنین اختلالات شناختی، شنوایی و بینایی برحسب اظهار خود فرد، عدم مصرف دارو و مواد روان‌گردان، سابقه مراقبت حداقل ۶ ماه از بیمار، نبودن عضو گروه پزشکی، زندگی با بیمار در یک مکان، آشنایی با زبان فارسی، تمایل به شرکت در جلسات آموزشی، عدم مصرف مواد مخدر و عدم شرکت در کلاس‌های آموزشی دیگر بود. معیارهای خروج از مطالعه هم شامل عدم حضور حداقل در دو جلسه مداخله، فوت بیمار در طول مطالعه و ابتلای فرد به بیماری خاص در طول مطالعه بود.

ابزار گردآوری داده‌ها، پرسشنامه جمعیت شناختی و پرسشنامه فرسودگی مراقبین زاریت^۱ بود که قبل از شروع مداخله، این پرسشنامه‌ها جهت تکمیل در اختیار نمونه‌های پژوهش قرار گرفت. پرسشنامه جمعیت شناختی شامل جنس، سن، وضعیت تأهل، میزان تحصیلات، نسبت با بیمار، مدت‌زمان مراقبت از بیمار، درآمد ماهیانه و وضعیت پوشش بیمه بود. و پرسشنامه فرسودگی مراقبین زاریت هم از ۲۲ سؤال تشکیل شده و با استفاده از آن می‌توان ابعاد مختلف فرسودگی از جمله، فردی (۱، ۲، ۷، ۱۰، ۱۱، ۱۷، ۱۹، ۲۰، ۲۱)، اجتماعی (۳، ۶، ۱۲ و ۱۳)، عاطفی (۴، ۵، ۸، ۹، ۱۴، ۱۸ و ۲۲) و اقتصادی (۱۵ و ۱۶) را موردسنجش قرار داد. این پرسشنامه از نوع لیکرت ۵ تایی (هرگز=۰، به ندرت=۱، بعضی اوقات=۲، اغلب=۳ و همیشه=۴) می‌باشد و نمرات افراد شرکت‌کننده در این آزمون بین بازه‌ی ۰ تا ۸۸ قرار می‌گیرد که در این مطالعه میانگین نمرات مدنظر بود (۲۹). روایی و پایایی این ابزار در ایران موردبررسی قرار گرفته و از آن استفاده شده است (۴۲). این پرسشنامه توسط نویدیان و همکاران با توجه به شرایط فرهنگی کشور ایران تنظیم و پایایی آن با استفاده از شیوه بازآزمایی ۹۴٪ و روایی آن علاوه بر روایی محتوا، با توجه به همبستگی مثبت و بالای آن با پرسشنامه اضطراب هامیلتون ۲ $r=+0.89$ و نیز پرسشنامه افسردگی بک ۳ $r=+0.67$

³ Beck Depression Inventory

¹ Zarit Caregiver Burden Scale

² Hamilton Anxiety Scale

بود. توزیع فراوانی مشخصات فردی در جدول ۱ نشان داده شده است. نتایج مطالعه نشان داد که بین گروه‌های مداخله و کنترل از نظر متغیرهای مداخله‌گر جمعیت شناختی نظیر جنسیت، سن، وضعیت تأهل، میزان تحصیلات، درآمد ماهیانه، وضعیت بیمه و مدت‌زمان مراقبت که هر یک می‌توانند بر نتایج مطالعه تأثیر بگذارند، از نظر آماری تفاوت معنی‌داری وجود ندارد (جدول ۱).

پارامتریک تی مستقل و ناپارامتریک کای دو و من ویتنی مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته‌ها

تعداد ۷۰ مراقب بیمار تحت همودبالیز از بیمارستان‌های امام خمینی (ره) و آیت‌الله طالقانی شهرستان ارومیه در مطالعه شرکت داشتند که میانگین سنی افراد حاضر در مطالعه $36/18 \pm 10/851$

جدول (۱): مقایسه مشخصات جمعیت شناختی بین دو گروه کنترل و مداخله

متغیر	گروه کنترل		گروه مداخله	
	تعداد (درصد)	تعداد (درصد)	تعداد (درصد)	تعداد (درصد)
جنسیت	زن	۲۵ (۷۱/۴)	۲۸ (۸۰)	$X^2 = 0/699$ $df = 1 P = 0/403$
	مرد	۱۰ (۲۸/۶)	۷ (۲۰)	
وضعیت تأهل	متأهل	۲۵ (۷۱/۴)	۲۸ (۸۰)	$X^2 = 0/699$ $df = 1 P = 0/403$
	مجرد	۱۰ (۲۸/۶)	۷ (۲۰)	
میزان تحصیلات	زیر دیپلم	۲۰ (۵۷/۱)	۱۸ (۵۱/۴)	$X^2 = 0/230$ $df = 1 P = 0/631$
	بالای دیپلم	۱۵ (۴۲/۹)	۱۷ (۴۸/۶)	
درآمد ماهیانه	کم	۲۲ (۶۲/۹)	۲۴ (۶۸/۶)	$P = 0/352$
	متوسط	۱۱ (۳۱/۴)	۱۱ (۳۱/۴)	
	زیاد	۲ (۵/۷)	۰ (۰)	
نسبت با بیمار	والدین	۵ (۱۴/۳)	۷ (۲۰)	$X^2 = 0/649$ $df = 3 P = 0/886$
	فرزند	۱۲ (۳۴/۳)	۱۳ (۳۷/۱)	
	همسر	۱۲ (۳۴/۳)	۱۰ (۲۸/۶)	
وضعیت بیمه	سایرین	۶ (۱۷/۱)	۵ (۱۴/۳)	$X^2 = 0/215$ $df = 1 P = 0/643$
	دارد	۳۲ (۹۱/۴)	۳۳ (۹۴/۳)	
	ندارد	۳ (۸/۶)	۲ (۵/۷)	
متغیرهای کمی	میانگین و انحراف معیار	میانگین و انحراف معیار	میانگین و انحراف معیار	آزمون آماری تی مستقل
سن (سال)	$36/14 \pm 11/183$	$36/22 \pm 10/671$	$t = 0/014$ $P = 0/908$	
مدت‌زمان مراقبت (ماه)	$46/45 \pm 34/526$	$52/22 \pm 32/426$	$t = 0/435$ $P = 0/512$	

مستقل و من ویتنی مشخص شد که تفاوت آماری معنی‌داری بین دو گروه بحث گروهی و گروه کنترل از نظر میانگین نمرات فرسودگی و ابعاد آن وجود داشت ($P < 0/05$). به عبارت دیگر یافته‌های آموزش نشان می‌دهد که میانگین نمرات در تمامی ابعاد به جز بعد اقتصادی بعد از مداخله نسبت به قبل از آن کاهش یافته است و آزمون‌های آماری، اختلاف معنی‌داری بین قبل و بعد از آموزش نشان می‌دهند (جدول ۲).

نتایج مطالعه حاضر بر اساس آزمون آماری تی مستقل و من ویتنی نشان داد که بین دو گروه بحث گروهی و گروه کنترل از نظر میانگین نمرات فرسودگی و ابعاد آن قبل از مداخله هیچ تفاوت آماری معنی‌داری وجود نداشت ($P > 0/05$). به عبارت دیگر هر دو گروه از نظر میانگین نمرات فرسودگی و ابعاد آن قبل از مداخله در محدوده‌ی یکسانی قرار داشته و به‌نوعی همگن محسوب می‌شدند. پس از اجرای مداخله و بر اساس آزمون آماری تی

جدول (۲): مقایسه میانگین نمرات فرسودگی و ابعاد آن بین دو گروه مداخله و کنترل قبل و بعد از مداخله

متغیر	گروه کنترل		گروه مداخله		آزمون آماری
	میانگین و انحراف معیار	میانگین رتبه	میانگین و انحراف معیار	میانگین رتبه	
بعد فردی	قبل از مداخله	-	۵/۵۴ ± ۳/۳۹۸	-	t = -۰/۷۶۱ *P = ۰/۴۵
	بعد از مداخله	-	۲/۴۲ ± ۲/۴۶۴	-	t = ۴/۰۷۵ *P = ۰/۰۰۰۱
بعد اجتماعی	قبل از مداخله	-	۳/۷۱ ± ۲/۴۶۸	-	t = -۰/۵۱۹ *P = ۰/۶۰۵
	بعد از مداخله	۴۱/۹۰	۱/۸۸ ± ۱/۷۲۸	۲۹/۱۰	Z = -۲/۶۷۳ **P = ۰/۰۰۸
بعد عاطفی	قبل از مداخله	۳۶/۷۶	۱۶/۲۰ ± ۳/۶۶۸	۳۴/۲۴	Z = -۰/۵۲۱ **P = ۰/۶۰۲
	بعد از مداخله	-	۱۳/۸۰ ± ۲/۳۸۶	-	t = ۳/۰۶۵ *P = ۰/۰۰۳
بعد اقتصادی	قبل از مداخله	۳۵/۰۹	۲/۷۷ ± ۲/۱۸۳	۳۵/۹۱	Z = -۰/۱۷۳ **P = ۰/۸۶۳
	بعد از مداخله	۳۹/۶۰	۲/۵۷ ± ۲/۰۷۶	۳۱/۴۰	Z = -۱/۷۱۳ **P = ۰/۰۸۷
فرسودگی کل	قبل از مداخله	-	۲۸/۲۲ ± ۸/۴۸۵	-	t = -۰/۲۱۶ *P = ۰/۸۳
	بعد از مداخله	-	۲۰/۶۸ ± ۵/۹۰۴	-	t = ۴/۱۳۶ *P = ۰/۰۰۰۱

*P آزمون آماری تی مستقل **P آزمون آماری من ویتنی

بحث

مراقبین نه تنها وظیفه‌ی مراقبت از خود را بر عهده دارند، بلکه می‌بایست به‌طور هم‌زمان، پاسخگوی نیازهای بیماران خود نیز باشند. در نتیجه مراقبین ممکن است سطح بالایی از فرسودگی در بعدهای فیزیکی، عاطفی، مالی و اجتماعی را که تا حدود زیادی بر شیوه‌ی زندگی آنان تأثیر می‌گذارد را تجربه کنند (۴۵-۴۷). از این رو این مطالعه باهدف تعیین تأثیر بحث گروهی مراقبت محور بر فرسودگی مراقبین از بیماران تحت همودیا لیز مراجعه‌کننده به مراکز آموزشی درمانی شهر ارومیه در سال ۱۳۹۴ انجام شد.

نتایج مطالعه نشان داد که بین گروه‌های مداخله و کنترل از نظر متغیرهای مداخله‌گر جمعیت شناختی نظیر جنسیت، سن، وضعیت تأهل، میزان تحصیلات، درآمد ماهیانه، وضعیت بیمه و مدت‌زمان مراقبت که هر یک می‌توانند بر نتایج مطالعه تأثیر بگذارند، از نظر

آماري تفاوت معنی‌داری وجود ندارد، به عبارتی هر دو گروه کنترل و بحث گروهی، همگن بودند؛ لذا وجود تفاوت معنی‌دار در متغیر مستقل در گروه مداخله در انتهای مطالعه، ناشی از تأثیر اجرای مداخلات بود. همچنین در مقایسه میانگین نمرات ابعاد فرسودگی بین دو گروه مداخله و کنترل قبل و بعد از مداخله که با آزمون‌های من ویتنی و تی مستقل صورت گرفت، در تمامی ابعاد به‌جز بعد اقتصادی تفاوت آماری معنی‌داری مشاهده شد.

تعداد مراقبین زن در مطالعه حاضر در هر دو گروه بیشتر از مراقبین مرد بود که این مورد مطابق با مطالعات قبلی در این زمینه می‌باشد (۴۶-۴۸). شاید این امر به جهت وجود این فرهنگ در جامعه‌ی ایران است که مراقبت از افراد بیمار، بیش‌تر بر عهده‌ی زنان و دختران خانواده است که به‌عنوان بخشی از امور خانه‌داری و منزل آنان می‌شود. شواهد نیز نشان می‌دهد که بسیاری از مراقبین افراد

مبتلا به بیماری‌های مزمن در خانواده‌های آسیایی، زن هستند (۴۹). مهم‌ترین دلیل برای این که زنان نسبت به مردان برای بر عهده گرفتن نقش مراقب، مناسب‌تر می‌باشند، این واقعیت است که مردم، زنان را به‌عنوان پناهگاهی طبیعی برای رسیدگی به وظایف خانه و همچنین روابط خانوادگی می‌دانند (۵۰). علاوه بر این، زنان مهربان‌تر و حساس‌تر می‌باشند؛ به‌طوری‌که قادرند به‌راحتی روابط نزدیک و صمیمانه‌ای را شکل دهند (۵۰، ۵۱). نتایج مطالعه حاضر نشان داد که درآمد ماهیانه اکثریت نمونه‌ها در دو گروه در سطح کم قرار داشت که این یافته همسو با مطالعه‌ی ژائولین و همکاران^۴ (۲۰۱۶)، می‌باشد (۵۲). طبق مطالعات گذشته وضعیت اقتصادی پایین می‌تواند با افزایش فرسودگی مراقبین مرتبط باشد (۵۳، ۵۴). در نتیجه حمایت‌های مالی و سیاسی از جمله گسترش پوشش بیمه خدمات درمانی برای مراقبینی که با مشکلات اقتصادی درگیر هستند موردنیاز می‌باشد. در مطالعه‌ی حاضر اکثر نمونه‌های پژوهش از نظر نسبت خویشاوندی با فرد بیمار به‌ترتیب فرزند، همسر و والدین محسوب می‌شدند که این یافته مشابه با نتایج مطالعه‌ی کاراهان و همکاران^۵ (۲۰۱۴) می‌باشد (۵۵). در طرف مقابل در مطالعه‌ی مولاووگلو و همکاران (۲۰۱۳)، وظیفه‌ی مراقبت از بیمار را اکثراً همسر بیماران بر عهده داشتند (۴۷). از نظر تحصیلات فرد مراقب، اکثر نمونه‌ها دارای تحصیلات زیر دیپلم بودند که این یافته نیز مشابه با نتایج مطالعه‌ی کاراهان و همکاران (۲۰۱۴) و همچنین طالبی و همکاران (۱۳۹۵) می‌باشد (۵۵، ۵۶).

نتایج مطالعه حاضر نشان داد که بین دو گروه بحث گروهی و گروه کنترل از نظر میانگین نمرات فرسودگی و ابعاد آن قبل از مداخله هیچ تفاوت آماری معنی‌داری وجود ندارد؛ به‌عبارت‌دیگر هر دو گروه از نظر میانگین نمرات فرسودگی قبل از مداخله در محدوده‌ی یکسانی قرار داشته و به‌نوعی همگن محسوب می‌شدند. پس از اجرای مداخله و بر اساس آزمون آماری تی مستقل و من ویتنی مشخص شد که تفاوت آماری معنی‌داری بین دو گروه بحث گروهی و گروه کنترل وجود داشت، به‌طوری‌که میانگین نمرات فرسودگی در گروه بحث گروهی به نسبت گروه کنترل کاهش چشمگیری داشت. این یافته با نتیجه‌گیری‌های به‌دست‌آمده از دو مطالعه متاآنالیز صورت گرفته توسط سورنسن و همکاران^۶ (۲۰۰۲) و هونا و همکاران^۷ (۲۰۰۸) مبنی بر تأثیر برنامه‌های آموزشی روان‌شناختی در کاهش فرسودگی مراقبین بیماران، همسو است (۵۷، ۵۸). در مطالعه‌ی دیگری، فراهانی و همکاران (۱۳۹۵) یک

برنامه‌ی آموزشی را برای مراقبین بیماران همودیالیزی در نظر گرفته و برای اجرای آن از روش‌های آموزشی بحث گروهی و ایفای نقش سود بردند؛ قبل از مداخله بین میانگین نمرات فرسودگی دو گروه تفاوت آماری معنی‌داری مشاهده نشد، اما بعد از اجرای مداخله، آنالیز داده‌ها نشان داد که میانگین نمرات افراد حاضر در گروه آزمون پس از اجرای مداخله به‌صورت معنی‌داری کاهش یافته است (۵۹). مولاووگلو و همکاران (۲۰۱۳)، نیز اثر آموزش مراقبت در منزل بر فرسودگی مراقبین بیماران تحت همودیالیز را بررسی و گزارش دادند که این برنامه در کاهش فرسودگی مراقبین مؤثر بوده است (۴۷). نتایج حاصل از مطالعه‌ی حاضر با مطالعات مذکور هم‌خوانی دارد.

مطالعات متعددی همچنین بر روی مراقبین بیماران مبتلا به سرطان، دیابت، قلبی و اختلالات روانی انجام شده است و یافته‌های آن‌ها حاکی از آن است که آموزش می‌تواند به‌طور قابل‌توجهی فرسودگی آنان را کاهش دهد (۶۰-۶۴). به‌عنوان‌مثال، یافته‌های اعتمادی فر و همکاران (۱۳۹۳) و نویدیان و همکاران (۱۳۹۱) نشان داد که مداخلات آموزشی - حمایتی و برنامه‌های روان-شناختی در کاهش فرسودگی مراقبین، افزایش سلامت درک شده و بهبود مراقبت از بیمار مؤثر بودند (۶۵، ۶۶).

همچنین مک میلان و همکاران^۸ (۲۰۱۳) در مطالعه‌ای که باهدف تعیین تأثیر مداخلات مبتنی بر مقابله بر روی مراقبین بیماران با نارسایی قلبی انجام دادند، عدم کاهش معنی‌دار در فرسودگی مراقبین را گزارش کردند (۶۷). این امر را می‌توان به این مورد که نمونه‌های این مطالعه را مراقبین بیماران مبتلا به نارسایی قلبی که مراحل پایانی عمر خود را در آسایشگاه‌های مراقبتی سپری می‌کردند و وضعیت سلامتی مناسبی نداشتند، مرتبط دانست.

نتیجه‌گیری

فرسودگی بالا در مراقبین بیماران همودیالیزی می‌تواند سلامت جسمی و روانی فرد مراقب را به خطر انداخته و سطح مراقبت از بیمار را نیز کاهش دهد. این خانواده‌ها، خانواده آسیب‌پذیری محسوب می‌شوند، از طرفی خانواده و مراقبین خانگی می‌توانند بهترین منبع برای درمان، حمایت و مراقبت از بیماران می‌باشند. لذا این افراد نیاز به مداخلات، مشاوره و پیگیری در طول زمان دارند. نتایج مطالعات متعددی نشان می‌دهد که مداخلات حمایتی آموزشی می‌تواند منجر به کاهش فرسودگی مراقبین شود. با توجه به نتایج مطالعه‌ی حاضر می‌توان چنین دریافت که برگزاری

⁷ Honea & et al

⁸ McMillan & et al

⁴ Xiaolin & et al

⁵ Karahan & et al

⁶ Sorensen & et al

از محدودیت‌های این مطالعه بود. در طول مطالعه ممکن بود سطح آگاهی نمونه‌های پژوهش از طریق برنامه‌های آموزشی مختلف (رادیو، تلویزیون، روزنامه و ...) تحت تأثیر قرار گیرد. یکی دیگر از محدودیت‌های مطالعه‌ی ما زمان نسبتاً کوتاه پیگیری بعد از مداخله بود. محدودیت کلیدی دیگر، عدم مشارکت بیمار و مراقب وی در طراحی کتابچه آموزشی بود. بنابراین تکرار این مطالعه با دوره‌های طولانی پیگیری^۹ برای شناسایی اثرات طولانی‌مدت مداخله توصیه می‌شود. همچنین پیشنهاد می‌شود از روش‌های دیگر آموزشی نیز به‌منظور کاهش فرسودگی مراقبین تحت همودیالیز صورت گیرد و نتایج آن با نتایج حاصل از این پژوهش مقایسه گردد.

تشکر و قدردانی

از معاونت محترم پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی ارومیه، پرستاران بخش دیالیز مراکز آموزشی درمانی امام خمینی و آیت‌الله طالقانی و همچنین کلیه‌ی بیماران تحت همودیالیز و مراقبین آن‌ها که بدون مشارکت آن‌ها اجرای این طرح ممکن نبود نهایت تشکر و قدردانی را دارم.

References:

1. Fujii CDC, Oliveira DLLC de. Factors that hinder of integrality in dialysis care. *Rev Lat Am Enfermagem* 2011;19(4):953-9.
2. Aghighi M, Heidary Rouchi A, Zamyadi M, Mahdavi-Mazdeh M, Rajolani H, Ahrabi S, et al. Dialysis in Iran. *Iran J Kidney Dis* 2008;2(1): 11-5.
3. Shahrokhi Z, Rayyani M, Sabzevari S, Haghdoost AA. Stressors and Coping strategies of dialysis patients. *J Crit Care Nurs* 2014;6(4): 184-93.
4. Arefzadeh A, Lessanpezeski M, Seifi S. The cost of hemodialysis in Iran. *Saudi J Kidney Dis Transpl* 2009;20(2): 307.
5. Jürgensen JS, Arns W, Haß B. Cost-effectiveness of immunosuppressive regimens in renal transplant recipients in Germany: a model approach. *Eur J Health Econ* 2010;11(1): 15-25.
6. Nafar M, Mousavi SM, Mahdavi M, Pour-Reza-Gholi F, Firoozan A, Einollahi B, et al. Burden of Chronic Kidney Disease in Iran. *Iran J Kidney Dis* 2008;2(4): 183-92.
7. Seyyedrasooli A, Parvan K, Rahmani A, Rahimi Z. Effect of illness perception promoting interventions on treatment adherence in hemodialysis patients: A randomized controlled trial. *J Crit Care Nurs* 2013;6(2): 81-90.
8. Mahdavi-Mazdeh M, Zamyadi M, Nafar M. Assessment of management and treatment responses in haemodialysis patients from Tehran province, Iran. *Nephrol Dial Transplant* 2008;23(1): 288-93.
9. By a Group of Faculty Members Nephrology. *Chronic Renal Failure Disease and its News*. Tehran: Tehran University of Medical Sciences Nephrology Research Center Publications; 2012. P. 1.
10. Go AS, Chertow GM, Fan D, McCulloch CE, Hsu C-y. Chronic kidney disease and the risks of death,

⁹ Follow-up

- cardiovascular events, and hospitalization. *N Engl J Med* 2004;351(13): 1296-305.
11. Robinson BM, Zhang J, Morgenstern H, Bradbury BD, Ng LJ, McCullough KP, et al. Worldwide, mortality risk is high soon after initiation of hemodialysis. *Kidney Int* 2014;85(1): 158-65.
 12. de Jager DJ, Grootendorst DC, Jager KJ, van Dijk PC, Tomas LM, Ansell D, et al. Cardiovascular and noncardiovascular mortality among patients starting dialysis. *JAMA* 2009;302(16): 1782-9.
 13. Oller GASA de O, Ribeiro R de CHM, Travagim DSA, Batista MA, Marques S, Kusumota L. Functional independence in patients with chronic kidney disease being treated with haemodialysis. *Rev Lat Am Enfermagem* 2012;20(6):1033-40.
 14. Sesso RC, Lopes AA, Thomé FS, Lugon JR, Santos DRd. 2010 report of the Brazilian dialysis census. *J Bras Nefrol* 2011;33(4): 442-7.
 15. Cicolini G, Palma E, Simonetta C, Di Nicola M. Influence of family carers on haemodialyzed patients' adherence to dietary and fluid restrictions: an observational study. *J Adv Nurs* 2012;68(11): 2410-7.
 16. Byers DJ, Wicks MN, Beard TH. Depressive symptoms and health promotion behaviors of African-American women who are family caregivers of hemodialysis recipients. *Nephrol Nurs J* 2011;38(5): 425-30.
 17. Guerini RD, Mercieri A, Yavuzer G. Multidimensional health-status assessment of chronic hemodialysis patients: the impact on quality of life. *Eura Medicophys* 2006;42(2): 113-9.
 18. Kalirao P, Pederson S, Foley RN, Kolste A, Tupper D, Zaun D, et al. Cognitive impairment in peritoneal dialysis patients. *Am J Kidney Dis* 2011;57(4): 612-20.
 19. Belasco A, Barbosa D, Bettencourt AR, Diccini S, Sesso R. Quality of life of family caregivers of elderly patients on hemodialysis and peritoneal dialysis. *Am J Kidney Dis* 2006;48(6): 955-63.
 20. Hudson P, Thomas T, Quinn K, Cockayne M, Braithwaite M. Teaching family carers about home-based palliative care: final results from a group education program. *J Pain Symptom Manage* 2009;38(2): 299-308.
 21. Deeken JF, Taylor KL, Mangan P, Yabroff KR, Ingham JM. Care for the caregivers: a review of self-report instruments developed to measure the burden, needs, and quality of life of informal caregivers. *J Pain Symptom Manage* 2003;26(4): 922-53.
 22. Schneider RA. Chronic renal failure: assessing the Fatigue Severity Scale for use among caregivers. *J Clin Nurs* 2004;13(2): 219-25.
 23. Baumann M, Lurbe-Puerto K, Alzahouri K, Aïach P. Increased residual disability among poststroke survivors and the repercussions for the lives of informal caregivers. *Top Stroke Rehabil* 2011;18(2): 162-71.
 24. Bayoumi MM. Subjective Burden on Family Carers of Hemodialysis Patients. *Open J Nephrol* 2014;2014.
 25. Ponce C, Ordonez T, Lima-Silva T, Santos G, Viola L, Nunes PV, et al. Effects of a psychoeducational intervention in family caregivers of people with Alzheimer's disease. *Dement Neuropsychol* 2011;5(3): 226-37.
 26. Cabral L, Duarte J, Ferreira M, dos Santos C. Anxiety, stress and depression in family caregivers of the mentally ill. *Atención Primaria* 2014;46: 176-9.
 27. Irazábal M, Marsà F, García M, Gutiérrez-Recacha P, Martorell A, Salvador-Carulla L, et al. Family burden related to clinical and functional variables of people with intellectual disability with and without a mental disorder. *Res Dev Disabil* 2012;33(3): 796-803.

28. Jest DV, Liberman JA, Fassler D, Peele R. Diagnostic And Statistical Manual Of Mental Disorders (DSM). 5th ed. American Psychiatric Association; 2013.P. 313.
29. Zarit SH, Reever KE, Bach-Peterson J. Relatives of the impaired elderly: correlates of feelings of burden. *Gerontologist* 1980;20(6): 649-55.
30. Byers DJ, Mona NW, Beard TH. Depressive symptoms and health promotion behaviors of African-American women who are family caregivers of hemodialysis recipients. *Nephrol Nurs J* 2011;38(5):425-430; quiz 431.
31. Carbonneau H, Caron CD, Desrosiers J. Effects of an adapted leisure education program as a means of support for caregivers of people with dementia. *Arch Gerontol Geriatr* 2011;53(1): 31-9.
32. Conn V, Stuart G, Laraia T. Families as resources, caregivers and collaborative. Principles and practice of psychiatric nursing. 8th ed USA: Mosby. 2009: 170-82.
33. Parker D, Mills S, Abbey J. Effectiveness of interventions that assist caregivers to support people with dementia living in the community: a systematic review. *Int J Evid Based Healthc* 2008;6(2): 137-72.
34. Gutiérrez-Maldonado J, Caqueo-Urizar A. Effectiveness of a psycho-educational intervention for reducing burden in Latin American families of patients with schizophrenia. *Qual Life Res* 2007;16(5): 739-47.
35. Riebschleger J, Scheid J, Luz C, Mickus M, Liszewski C, Eaton MM. How are the experiences and needs of families of individuals with mental illness reflected in medical education guidelines? *Acad Psychiatry* 2008;32(2): 119-26.
36. Belasco AG, Sesso R. Burden and quality of life of caregivers for hemodialysis patients. *Am J Kidney Dis* 2002;39(4): 805-12.
37. Wilkins VM, Bruce ML, Sirey JA. Caregiving tasks and training interest of family caregivers of medically ill homebound older adults. *J Aging Health* 2009;21(3): 528-42.
38. Malakouti M. Teaching in small groups (Group discussion). *Educ Strategy Med Sci* 2010;2(4):183-7.
39. Althea Mighten EdD N. A comparison of teaching strategies: lecture notes combined with structured group discussion versus lecture only. *J Nurs Educ* 2005;44(7): 319-22.
40. Johnson JP, Mighten A. A comparison of teaching strategies: lecture notes combined with structured group discussion versus lecture only. *J Nurs Educ* 2005;44(7): 319-22.
41. Fallahi Khoshknab M, Shekhona M, Rahgouy A, Rahgozar M, Sodagari F. The effects of group psychoeducational programme on family burden in caregivers of Iranian patients with schizophrenia. *J Psychiatr Ment Health Nurs* 2014;21(5): 438-46.
42. Lashkaripour K, Moghtaderi A, Sadjadi AR, Faghihinia M. Prevalence of post stroke depression and its relationship with disability and lesion location. *Fundamentals of Mental Health* 2008: 10(3): 191-7. (Persian)
43. Navidian A, Bahari F. Burden Experienced by Family Caregivers of Patients with Mental Disorders. *Pakistan J Psychol Res* 2008;23(1-2): 19-28.
44. Koohestani HR, Baghcheghi N. Burn out in Caregivers of Patients with Stroke and its Related Factors. *Hakim Res J* 2012; 14(4): 242-8. (Persian)
45. Suri RS, Larive B, Garg AX, Hall YN, Pierratos A, Chertow GM, et al. Burden on caregivers as perceived by hemodialysis patients in the Frequent Hemodialysis Network (FHN) trials. *Nephrol Dial Transpl* 2011;26(7): 2316-22.
46. Mashayekhi F, Pilevarzadeh M, Rafati F. The Assessment of Caregiver Burden in Caregivers of Hemodialysis Patients. *Mater Sociomed* 2015;27(5): 333-6.

47. Mollaoğlu M, Kayataş M, Yürügen B. Effects on caregiver burden of education related to home care in patients undergoing hemodialysis. *Hemodial Int* 2013;17(3): 413-20.
48. Bayoumi MM. Subjective burden on family carers of hemodialysis patients. *Open J Nephrol* 2014;4(2): 79-85.
49. Jadhav BS, Dhavale HS, Dere SS, Dadarwala DD. Psychiatric morbidity, quality of life and caregiver burden in patients undergoing hemodialysis. *Med J DY Patil Univ* 2014;7(6): 722-7.
50. Akın A, Demirel S. The concept of gender and health effects. *Cumhuriyet Tıp Derg* 2003;25: 73-82.
51. Akkuş Y. Multiple sclerosis patient caregivers: the relationship between their psychological and social needs and burden levels. *Disabil Rehabil* 2011;33(4): 326-33.
52. Hu X, Dolansky MA, Su Y, Hu X, Qu M, Zhou L. Effect of a multidisciplinary supportive program for family caregivers of patients with heart failure on caregiver burden, quality of life, and depression: A randomized controlled study. *Int J Nurs Stud* 2016;62: 11-21.
53. Hwang B, Fleischmann KE, Howie-Esquivel J, Stotts NA, Dracup K. Caregiving for patients with heart failure: impact on patients' families. *Am J Crit Care* 2011;20(6): 431-42.
54. Hu X, Dolansky MA, Hu X, Zhang F, Qu M. Factors associated with the caregiver burden among family caregivers of patients with heart failure in southwest China. *Nurs Health Sci* 2016;18(1): 105-12.
55. Karahan AY, Kucuksen S, Yilmaz H, Salli A, Gungor T, Sahin M. Effects of rehabilitation services on anxiety, depression, care-giving burden and perceived social support of stroke caregivers. *Acta Medica* 2014;57(2): 68-72.
56. Talebi M, Mokhtari Lakeh N, Rezasoltani P. Caregiver Burden in Caregivers of RenalF Patients under Hemodialysis. *Holistic Nurs Midwifery J* 2016;26(2): 59-68. (persian)
57. Honea NJ, Colao DB, Somers SC. Putting Evidence Into Practice®: nursing assessment and interventions to reduce family caregiver strain and burden. *Clin J Oncol Nurs* 2008;12(3): 507-16.
58. Sörensen S, Pinquart M, Duberstein P. How effective are interventions with caregivers? An updated meta-analysis. *Gerontologist* 2002;42(3): 356-72.
59. Ashghali Farahani M, Ghane G, Sydfatemi N, Hagani H. Effect of Educational Program on the Burden of Family Caregivers of Hemodialysis Patients. *Evidence Based Care* 2016;6(1): 7-18.
60. Vaghee S, Salarhaji A, Asgharipour N, Chamanzari H. Effects of Psychoeducation on Stigma in Family Caregivers of Patients with Schizophrenia: A Clinical Trial. *Evidence Based Care* 2015;5(3): 63-76. (Persian)
61. Bahrami M, Farzi S. The effect of a supportive educational program based on COPE model on caring burden and quality of life in family caregivers of women with breast cancer. *Iran J Nurs Midwifery Res* 2014;19(2): 119-26.
62. Chen HM, Huang MF, Yeh YC, Huang WH, Chen CS. Effectiveness of coping strategies intervention on caregiver burden among caregivers of elderly patients with dementia. *Psychogeriatrics* 2015;15(1): 20-5.
63. Khanjari S, Seyedfatemi N, Borji S, Haghani H. Effect of coping skills training on quality of life among parents of children with Leukemia. *J Hayat* 2014;19(4): 15-25.
64. Mudzi W. Impact of caregiver education on stroke survivors and their caregivers [Internet]. 2010 [cited 2017 Jul 3]. Available from: <http://wiredspace.wits.ac.za/handle/10539/8741>
65. Etemadifar S, Bahrami M, Shahriari M, Farsani AK. The effectiveness of a supportive educative group intervention on family caregiver burden of

- patients with heart failure. *Iran J Nurs Midwifery Res* 2014;19(3): 217-23.
66. Navidian A, Kermansaravi F, Rigi SN. The effectiveness of a group psycho-educational program on family caregiver burden of patients with mental disorders. *BMC* 2012;5(1): 399-406. (Persian)
67. McMillan SC, Small BJ, Haley WE, Zambroski C, Buck HG. The COPE intervention for caregivers of patients with heart failure: an adapted intervention. *J Hosp Palliat Nurs* 2013;15(4):196–206.

THE IMPACT OF CARE- CENTER GROUP DISCUSSION ON HEMODIALYSIS PATIENTS' CAREGIVER BURNOUT

Mehdi Torabi¹, Masumeh Hemmati Maslak Pak^{2*}, Moloud Radfar³, Vahid Alinejad⁴

Received: 15 Mar, 2017; Accepted: 14 May, 2017

Abstract

Background & Aims: According to the development of chronic diseases, including chronic renal failure and the appearance of physical and mental problems that occurs to them during the period of disease and Treatment process, they require a person to take care of them. Caregiver that he/she is a family member of a patient in the care process may be faced with many problems that eventually led to the emergence of burnout in it gets. The aim of this study is to determine the effect of care centered group discussion on the caregiver burden of patients undergoing hemodialysis.

Materials & Methods: This study was a randomized clinical trial. Participant of this study contain 70 caregivers of patients undergoing hemodialysis in educational therapeutic centers in Urmia. Caregivers selected and allocated randomly in two groups of intervention (group discussion) and control. Demographic and caregiver burden questionnaire completed by caregiver before the intervention. This program consists of 6 sessions of group discussion during 6 weeks. Two weeks later of intervention the caregiver burden of questionnaire will be completed by caregiver in intervention and control groups. At next the data obtained from questionnaire analysis of descriptive and analytic statistics.

Results: Results showed that there was no significant difference between the study and control groups before intervention in the mean scores of burnout and its dimensions ($p>0.05$). But after the intervention there was significant difference in the mean scores of burnout and its dimensions between intervention and control groups ($p<0.05$).

Conclusion: The results of this study can be found that training classes such as group discussion had a significant reduction in the severity of caregiver burnout. Therefore it is recommended that in the Health system planning attend to the role of family members in the treatment of these patients also benefit from this training method.

Keywords: Group Discussion, Caregivers Burden, Hemodialysis

Address: Urmia University of Medical Sciences, School of Nursing and Midwifery, Nazlou Campus, 11 km Seru Road, Urmia

Tel: (+98) 4432754962

Email: hemmatma@yahoo.com

¹ MSc in nursing, Faculty of Nursing and Midwifery, Urmia University of Medical Sciences, Iran

² Associate Professor of Nursing, Mother and Child Obesity Research Center, Urmia University of Medical Sciences and Health Services, Urmia, Iran (Corresponding Author)

³ assistant Professor of Nursing, Faculty of Nursing and Midwifery, Urmia University of Medical Sciences, Iran

⁴ Candidate of PhD in Statistics, Tarbiat Moddares University, Iran